

紹介状(診療情報提供書)

患者支援・地域連携センター

FAX (0858)22-8210

年 月 日

鳥取県立厚生病院 科 医師	紹介元医療機関名 所在地 電話番号 FAX 科 先生
フリガナ 患者氏名 様	性別 男・女 生年月日 □ 大 □ 昭 □ 平 □ 令 年 月 日 (歳)
〒 -	電話番号 () -
住所	

主訴または 傷病名	
紹介目的	<input type="checkbox"/> 精査・診断 <input type="checkbox"/> 治療 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> その他()
既往歴及び 家族歴	薬物アレルギー(<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)
現症歴及び現症 検査所見 治療経過等	
現在の処方	